

TY MEM BRO
Etablissement d'hébergement
pour personnes âgées dépendantes



E.H.P.A.D TY MEM BRO



DOSSIER INSCRIPTION

EHPAD « TY MEM BRO » 20 Rue de la Jouanne 56580 CREDIN
Tél : 02.97.51.51.89 Fax : 02.97.51.53.77 Mail : tymembro@ehpad-credin.fr

MENTIONS PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Vous allez effectuer une demande de pré-inscription auprès d'un ou plusieurs établissements accueillants des personnes âgées. Les informations recueillies vous concernant font l'objet d'un traitement informatique, auquel vous consentez, destiné à la gestion des places disponibles dans ces établissements.

Les données enregistrées sont celles liées au formulaire ainsi que les informations que vous avez librement fournies. Elles sont destinées aux personnes dûment habilitées et intervenant strictement dans le cadre de votre dossier des établissements choisis, des espaces autonomie ou du département du Morbihan. Les données sont conservées sur la plateforme de gestion des places disponibles pendant 2 ans après le dernier contact avec vous puis anonymisées.

Conformément à la loi «informatique et libertés» du 6 janvier 1978, modifiée, et au «règlement général sur la protection des données» (RGPD) vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification ou de suppression aux informations qui vous concernent. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant, sauf si ce droit a été écarté par une disposition législative.

L'ensemble de ces demandes doivent être adressées, en justifiant de votre identité, auprès de l'établissement auquel vous avez adressé votre demande d'admission ou à l'espace autonomie de votre secteur ou de la déléguée à la protection des données du département du Morbihan.

Vous pouvez également introduire une réclamation auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) 3, place Fontenoy – TSA 80715 – 75334 Paris cedex ou sur www.cnil.fr

// VOLET « CHOIX DES ÉTABLISSEMENTS »

Une page à remplir par la personne avec l'aide de son entourage si besoin (famille, plateforme...)

Nom de naissance du demandeur : _____

Nom d'usage (marital) du demandeur : _____

Prénom du demandeur : _____

Date de naissance du demandeur : _____

INDIQUEZ PAR ORDRE DE PRIORITÉ LES ÉTABLISSEMENTS OÙ VOUS SOUHAITEZ ÊTRE ACCUEILLI

1^{er} choix	Nom de l'établissement	
	Adresse	
	Commune	
	Téléphone	

2^e choix	Nom de l'établissement	
	Adresse	
	Commune	
	Téléphone	

3^e choix	Nom de l'établissement	
	Adresse	
	Commune	
	Téléphone	

4^e choix	Nom de l'établissement	
	Adresse	
	Commune	
	Téléphone	

5^e choix	Nom de l'établissement	
	Adresse	
	Commune	
	Téléphone	



DOSSIER DE DEMANDE UNIQUE EN VUE D'UNE ADMISSION TEMPORAIRE OU PERMANENTE EN ÉTABLISSEMENT D'HÉBERGEMENT POUR PERSONNES AGÉES DÉPENDANTES (EHPAD)

Article D. 312-155-0 du code de l'action sociale et des familles (CASF)

Nom :

Prénom :

Date de dépôt : ___ / ___ / ___

1. TYPE D'HÉBERGEMENT/ACCUEIL TEMPORAIRE SOUHAITÉ

Hébergement permanent	Hébergement temporaire
Date d'entrée souhaitée : ___ / ___ / ___	Date d'entrée souhaitée : ___ / ___ / ___
Immédiate : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Immédiate : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Dans les familles : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Dans les familles : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>

Commentaire de l'établissement

Échéance plus lointaine : OUI NON

Date exacte (le cas échéant) : ___ / ___ / ___

Échéance plus lointaine : OUI NON

Date exacte (le cas échéant) : ___ / ___ / ___

Admission avec le conjoint souhaitée : OUI NON

Durée souhaitée du séjour (en nombre de jours) : ___

Accueil de jour

Date d'entrée souhaitée : ___ / ___ / ___

Immédiate : OUI NON

Accueil de nuit

Date d'entrée souhaitée : ___ / ___ / ___

Immédiate : OUI NON

2. INFORMATIONS IMPORTANTES

Le présent dossier de demande unique est à compléter en vue d'une demande d'admission, permanente ou temporaire, en EHPAD.

Une fois complet, vous pouvez l'adresser aux établissements de votre choix. Ce dossier est à remplir en un seul exemplaire et à photocopier en fonction du nombre d'établissements visé.

Attention : Il ne vaut que pour une inscription sur une liste d'attente. Son dépôt ne vaut en aucun cas admission.

La version dématérialisée du dossier est disponible sur le site : <http://www.service-public.fr/>.

Celle-ci peut être complétée en ligne et sauvegardée en vue de l'envoi du dossier à plusieurs établissements.

Constitution du dossier :

Le dossier comporte :

- **un volet administratif :** il peut être complété par le demandeur (vous) ou toute personne de votre entourage habilitée à le faire (famille, personne de confiance, travailleur social, personne chargée de la protection juridique, etc.). Il est signé par le demandeur (vous) ou votre représentant légal ;
- **un volet médical :** il doit être complété par votre médecin traitant ou un autre médecin. Ce volet doit être transmis sous pli confidentiel au médecin coordonnateur de l'EHPAD qui pourra émettre un avis sur la possibilité de l'établissement à vous recevoir au regard de la capacité de soins de l'établissement.

Ce dossier doit être accompagné de la photocopie des pièces justificatives suivantes¹ :

- Photocopie de la carte nationale d'identité ou du passeport
- Photocopie du livret de famille
- Photocopie de la carte de séjour pour les étrangers
- Photocopie de l'attestation de la carte vitale ou attestation CMU (couverture maladie universelle)
- Photocopie de la mutuelle ou CMUC (couverture maladie universelle complémentaire)
- Photocopie de la carte CAF (caisse d'allocation familiale)
- Photocopie des relevés annuels des caisses de retraites avec n° d'affiliation et adresses, pension d'invalidité
- Photocopie du dernier avis d'imposition ou de non-imposition
- Notification du conseil départemental du droit à l'aide sociale (le cas échéant)
- Notification de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) à domicile pour l'accueil temporaire (le cas échéant)
- Notification de l'APA en établissement pour l'hébergement permanent (le cas échéant)
- Photocopie de l'ordonnance de jugement de mise sous protection juridique de la personne (le cas échéant)

Vous pouvez également consulter le site internet www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr pour comparer les solutions d'hébergement, les tarifs, etc.

Ce document Cerfa pourra alimenter via trajectoire, le cas échéant.

NB : Pour tout renseignement complémentaire (habilitation à l'aide sociale, tarifs des établissements, attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie) il convient de contacter le conseil départemental de votre département. Si l'établissement se trouve dans un autre département, il convient de contacter le conseil départemental de ce département.

¹ Une fois la demande d'admission acceptée, la direction de l'établissement se réserve le droit de demander des pièces justificatives complémentaires.

// VOLET ADMINISTRATIF

Trois pages à remplir par la personne avec l'aide de son entourage si besoin

DOSSIER ADMINISTRATIF A REMETTRE AU DIRECTEUR DE L'ÉTABLISSEMENT

(4 PAGES)

1. ÉTAT CIVIL DE LA PERSONNE CONCERNÉE PAR L'HÉBERGEMENT OU L'ACCUEIL

Civilité : Monsieur Madame

Nom d'usage
 Nom de naissance
 Prénom(s)

Date de naissance Nationalité

N° Sécurité sociale

N° CAF

Situation familiale (cocher la mention utile)

Célibataire Vie maritale Pacsé(e) Marié(e) Veuf (vé) Séparé(e) Divorcé(e)

Nombre d'enfant(s) : _____

Présence d'un aidant¹ : OUI NON

Désignation d'une personne de confiance² : OUI NON

Existence d'un animal de compagnie : OUI NON

2. LIEU DE VIE DE LA PERSONNE CONCERNÉE À LA DATE DE LA DEMANDE (cocher la mention utile)

Domicile Chez enfant/proche Résidence autonomie Résidence service seniors Long séjour
 EHPAD Autre (précisez) : _____

Adresse

N° voie, rue, boulevard

Code postal Commune/ville

Téléphone fixe ____ - ____ - ____ - ____ - ____ Téléphone portable ____ - ____ - ____ - ____ - ____

Adresse email _____ @ _____

¹ « Est considéré comme proche aidant d'une personne âgée, son conjoint, le partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité ou son concubin, un parent ou un allié, définis comme aidants familiaux, ou une personne résidant avec elle ou entretenant avec elle des liens étroits et stables, qui lui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne. », article L. 113-1-3 du CASF.

² La personne de confiance vous accompagne dans vos démarches et vous assiste lors de vos rendez-vous médicaux. Il est possible de désigner toute personne de l'entourage (parent, proche, médecin traitant) en qui vous avez confiance et qui accepte de jouer ce rôle. Cette désignation se fait par écrit, lors de votre admission ou au cours de votre hospitalisation, sur les formulaires qui vous seront donnés à cet effet. À défaut, cette désignation peut s'effectuer sur papier libre. La désignation peut être annulée ou modifiée à tout moment (décret n° 2016-1395 du 18 octobre 2016 fixant les conditions dans lesquelles est donnée l'information sur le droit de désigner la personne de confiance mentionnée à l'article L. 311-5-1 du CASF (D. 311-0-4 CASF)).

Bénéficiez-vous déjà des prestations suivantes ? (cocher la mention utile)

SAAD¹ SSIAD² SPASAD³ Accueil de jour HAD Autre (précisez) : _____
 Dans tous les cas, précisez le nom de l'établissement ou du service : _____

Etes-vous accompagné par un dispositif d'appui à la coordination (CLIC, MAIA, PTA, etc.)⁴ ? OUI NON

Contexte de la demande d'admission (Toute information utile à préciser)**3. COORDONNÉES DES PERSONNES À CONTACTER AU SUJET DE CETTE DEMANDE**

- La personne concernée elle-même : OUI NON (si OUI, ne pas compléter)
- Mesure de protection juridique : OUI NON (si OUI, ne pas compléter et aller directement à la partie 4)

Nom d'usage

Nom de naissance

Prénom(s)

Adresse

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/ville

Téléphone fixe ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Téléphone portable ___ - ___ - ___ - ___ - ___

Adresse email _____ @ _____

Proche aidant : OUI NON Personne de confiance : OUI NON

Nom d'usage

Nom de naissance

Prénom(s)

Adresse

N° Voie, rue, boulevard

Code postal

Commune/ville

Téléphone fixe ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Téléphone portable ___ - ___ - ___ - ___ - ___

Adresse email _____ @ _____

Proche aidant : OUI NON Personne de confiance : OUI NON

¹ SAAD : service d'aide et d'accompagnement à domicile.

² SSIAD : service de soins infirmiers à domicile.

³ SPASAD : service polyvalent d'aide et de soins à domicile.

⁴ Centre local d'information et de coordination / Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie / Plateforme territoriale d'appui à la coordination des parcours complexes...

4. PROTECTION JURIDIQUE

Mesure de protection juridique : OUI NON EN COURS¹

Si OUI, laquelle : Tutelle Curatelle Sauvegarde de justice Habilitation familiale²

Mandat de protection future³ actif⁴ non actif

État civil de la personne chargée de la protection juridique ou dénomination sociale

Civilité : Monsieur Madame

Nom d'usage de la personne ou dénomination sociale du service désigné
 Nom de naissance
 Prénom(s), s'il s'agit d'une personne,
 Etablissement de rattachement, s'il s'agit d'un préposé d'établissement

Adresse

N° Voie, rue, boulevard

Code postal Commune/ville

Téléphone fixe ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Téléphone portable ___ - ___ - ___ - ___ - ___

Adresse email _____@_____

5. COORDONNEES DU MEDECIN TRAITANT

Un médecin traitant a-t-il été désigné ? : OUI NON

Si OUI :

Nom
 Prénom

Adresse

N° Voie, rue, boulevard

Code postal Commune/ville

Téléphone fixe ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Téléphone portable ___ - ___ - ___ - ___ - ___

Adresse email _____@_____

¹ Demande d'ouverture de protection juridique effectuée.

² L'habilitation familiale permet à un proche (descendant, ascendant, frère ou sœur, époux ou épouse, concubin, partenaire de Pacs) de solliciter l'autorisation du juge pour représenter une personne qui ne peut pas manifester sa volonté. (Code civil articles 494-1 à 494-12).

³ Toute personne majeure ou mineure émancipée (mandant) ne faisant pas l'objet d'une mesure de tutelle ou d'une habilitation familiale peut désigner à l'avance une ou plusieurs personnes (mandataire) pour la représenter. Le jour où le mandant ne sera plus en état, physique ou mental, de pourvoir seul à ses intérêts, le mandataire pourra protéger les intérêts personnels et/ou patrimoniaux du mandant. (Code civil articles 477 à 488).

⁴ Le mandat prend effet (actif) lorsqu'il est établi que le mandant ne peut plus pourvoir seul à ses intérêts. Cette impossibilité doit être médicalement constatée. Tant que le mandat n'a pas pris effet (non actif), il est possible de l'annuler ou le modifier. Le mandataire, quant à lui peut toujours renoncer à la mission qui lui est confiée.

6. ASPECTS FINANCIERS (cocher la mention utile)

Comment la personne concernée pense-t-elle financer ses frais de séjour ?

- Seule
- Obligés alimentaires ou autres tiers
- Caisse de retraite : Précisez :
- Aide sociale à l'hébergement : OUI NON DEMANDE EN COURS
- Allocation logement (APL/ALS) : OUI NON DEMANDE EN COURS
- APA à domicile pour l'accueil temporaire : OUI NON DEMANDE EN COURS
- APA en établissement pour l'hébergement permanent : OUI NON DEMANDE EN COURS
- Prestation de compensation du handicap/Allocation compensatrice pour tierce personne : OUI NON
- Prestation pour tierce personne : OUI NON

AUTRES COMMENTAIRES

Date de la demande : ___ / ___ / ___

Signature de la personne concernée ou de son représentant légal

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification aux informations vous concernant auprès de l'établissement auquel vous avez adressé votre demande d'admission. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant.

DOSSIER MÉDICAL À REMETTRE SOUS PLI CONFIDENTIEL A L'ÉTABLISSEMENT

(4 PAGES)

Personne concernée par l'hébergement ou l'accueil**Civilité :** Monsieur Madame Demande urgente OUI NON

Nom d'usage

Nom de naissance

Prénom(s)

Date de naissance

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Médecin qui renseigne le dossier**Nom – prénom :****Adresse :****N° de téléphone :****Contexte de la demande** (cocher la mention utile)Soutien à domicile difficile¹ Sortie d'hospitalisation (MCO, SSR, psychiatrie) , le cas échéant indiquez la date de sortie : _____Changement d'établissement **La personne concernée est-elle actuellement hospitalisée OUI NON**

Si oui, dans quel service ? _____

La personne a-t-elle rédigé des directives anticipées² ? OUI NON Un médecin traitant a-t-il été désigné ? : OUI NON **Coordonnées du médecin traitant (si différent du médecin qui renseigne le dossier)**

Nom - Prénom

Adresse - N° Voie,
rue, boulevard

Code postal

--	--	--	--	--	--

Commune/ville

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Téléphone fixe ___ - ___ - ___ - ___ - ___ Téléphone portable ___ - ___ - ___ - ___ - ___

Adresse email _____ @ _____

Le futur résident est-il suivi par un médecin spécialiste (gériatre, psychiatre, neurologue, etc.) ? : OUI NON **Coordonnées du médecin spécialiste :**¹ Problématiques financières ; sociales ; isolement ; logement inadapté ; rapprochement familial ou amical ; évolution de l'état de santé ; etc.² Décret n° 2016-1067 du 3 août 2016 relatif aux directives anticipées prévues par la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie / https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-03/da_professionnels_v11_actualisation.pdf

Antécédents médicaux, chirurgicaux, psychiatriques

Pathologies actuelles et état de santé¹

	ALD : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
--	---

Traitements en cours ou joindre les ordonnances (si ordonnances jointes il n'est pas nécessaire de remplir le cadre).

Taille

Poids

Amaigrissement récent²

Oui

Non

Conduite addictive	Oui	Non	Déficiences sensorielles ³	Oui	Non	Rééducation	Oui	Non
Si OUI, précisez laquelle : Si OUI, précisez si elle est en cours de sevrage OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			Si OUI, précisez laquelle : - visuelle ; - auditive - gustative - olfactive - vestibulaire - tactile			Si OUI, précisez laquelle : - Kinésithérapie - Orthophonie - Autre (précisez) :		

Risque de chute

Oui

Non

Risque de fausse route

Oui

Non

Soins palliatifs

Oui

Non

¹ Faire figurer les hospitalisations sur les 3 derniers mois.

² Perte de poids : ≥ 5 % en 1 mois, ou ≥ 10 % en 6 mois (HAS 2007).

³ Déficience visuelle ; déficience auditive ; déficience gustative ; déficience olfactive ; déficience vestibulaire ; déficience tactile (Repérage des déficiences sensorielles et accompagnement des personnes qui en sont atteintes dans les établissements pour personnes âgées - Volet EHPAD - HAS 2016).

Allergies	Oui	Non	si oui, précisez :
Portage de bactérie multi résistante	Oui	Non	si oui, précisez :
	Ne sait pas		
			date du dernier prélèvement :

Données sur l'autonomie		A ¹	B ²	C ³
Transferts (se lever, s'asseoir, se coucher)				
Déplacement	À l'intérieur			
	À l'extérieur			
Toilette	Haut			
	Bas			
Élimination	Urinaire			
	Fécale			
Habillage	Haut			
	Moyen			
	Bas			
Alimentation	Se servir			
	Manger			
Alerter				
Orientation	Temps			
	Espace			
Cohérence	Communication			
	Comportement			

Symptômes comportementaux et psychologiques ⁴	Oui	Non
Idées délirantes		
Hallucinations		
Agitation, agressivité		
Dépression, dysphorie		
Anxiété		
Exaltation de l'humeur/dysphorie		
Apathie, indifférence		
Désinhibition		
Irritabilité/Instabilité de l'humeur		
Comportement moteur aberrant :		
- déambulations pathologiques		
- gestes incessants		
- risque de sorties non accompagnées		
Troubles du sommeil		
Troubles de l'appétit		

Soins techniques	Oui	Non
Oxygénothérapie		
- Continue		
- Non continue		
Sondes d'alimentation		
Sondes trachéotomie		
Sonde urinaire		

Appareillages	Oui	Non
Fauteuil roulant		
Lit médicalisé		
Matelas anti-escarres		
Déambulateur / canne		
Orthèse		
Prothèse (dont prothèse dentaire)		
Pacemaker		
Autres (précisez) :		

Pansements ou soins cutanés	Oui	Non
- Soins d'ulcère		
- Soins d'escarres		
Localisation :		

¹ A = fait seul les actes quotidiens : spontanément, et totalement, et habituellement, et correctement.

² B = fait partiellement : non spontanément, et/ou partiellement, et/ou non habituellement, et/ou non correctement.

³ C = ne fait pas : ni spontanément, ni totalement, ni habituellement, ni correctement.

⁴ Idées délirantes ; hallucinations ; agitation/agressivité ; dépression/dysphorie ; anxiété ; exaltation de l'humeur/dysphorie ; apathie/indifférence ; désinhibition ; irritabilité/instabilité de l'humeur ; comportement moteur aberrant ; sommeil ; appétit. (HAS - Inventaire neuropsychiatrique).

Gastrostomie		
Colostomie		
Urétérostomie		
Appareillage ventilatoire/ ventilation non-invasive (VNI)		
Chambre implantable / PICC Line		
Dialyse péritonéale		
Pompe (<i>morphine, insuline, ...</i>)		

Stade :
Durée du soin :
Type de pansement (<i>préciser</i>) :

Commentaires (MMS, évaluation gériatrique, etc.) et recommandations éventuelles (contexte, aspects cognitifs, etc.)

Signature, date et cachet du médecin

// VOLET « AUTONOMIE »**Deux pages à remplir par la personne avec l'aide de son entourage si besoin (famille, plateforme)**

Nom de naissance du demandeur : _____

Nom d'usage (marital) du demandeur : _____

Prénom(s) du demandeur : _____

Date de naissance du demandeur : _____

TOILETTE/ HABILLEMENT

Vous faites votre toilette :

 Seul(e)
 Avec une aide partielle
 Avec une aide complète

Vous vous habillez ou déshabillez :

 Seul(e)
 Avec une aide partielle
 Avec une aide complète
TRANSFERTS/ DÉPLACEMENTSVous vous levez du lit seul(e) : Oui Avec difficulté NonVous vous mettez (couchez) au lit seul(e) : Oui Avec difficulté NonVous vous asseyez au fauteuil seul(e) : Oui Avec difficulté NonVous prenez un ascenseur seul(e) : Oui NonVous montez et descendez les escaliers seul(e) : Oui NonVous marchez seul(e) : Oui NonVous marchez avec le soutien d'une canne : Oui NonVous marchez avec le soutien d'un déambulateur : Oui NonVous utilisez un fauteuil roulant par intermittence : Oui NonVous utilisez un fauteuil roulant en permanence : Oui Non**COHÉRENCE**

Vous sortez et vous vous promenez seul(e) et de façon indépendante :

 Oui
 Avec difficulté
 Non

Vous vous occupez seul (e) de la prise de vos médicaments (dose et horaire) :

 Oui
 Avec difficulté
 Non

Vous vous servez du téléphone de votre propre initiative, cherchez et composez les numéros...

 Oui
 Avec difficulté
 Non

Vous pouvez vous exprimer et converser :

 Oui
 Avec difficulté
 Non

ORIENTATION

- Vous vous repérez dans les moments de la journée : Oui Avec difficulté Non
- Vous vous repérez dans les moments de l'année : Oui Avec difficulté Non
- Vous vous repérez dans les lieux habituels : Oui Avec difficulté Non
- Vous vous repérez dans des lieux inconnus : Oui Avec difficulté Non

SOMMEIL

- Votre sommeil est : Correct Correct avec un traitement Difficile

CONTINENCE

- Utilisez-vous des protections : Oui, le jour Oui, la nuit Non
- Si oui, vous les gérez seul(e) : Oui Non

ALIMENTATION

- Vous mangez seul(e) : Oui Avec difficulté Non
- Vous vous servez seul(e) : Oui Avec difficulté Non
- Votre repas doit être : Mixé Haché De texture normale

Précisions éventuelles : _____

Nom de la personne ayant renseigné le volet Autonomie : _____
 Fonction ou qualité si cette personne n'est pas le demandeur : _____

Date : _____
 Signature



HISTOIRE DE VIE

RESUME DE LA VIE DE LA PERSONNE INSCRITE

Contexte de l'entrée au sein de l'établissement :

.....
.....
.....

Eléments d'enfance (jeunesse, fratrie, moments importants...) :

.....
.....
.....

Eléments de la vie conjugale :

.....
.....
.....

Eléments de la vie professionnelle et sociale :

.....
.....
.....

Avez-vous des habitudes (importantes pour vous) que vous souhaiteriez garder en entrant à la l'EHPAD ?

.....
.....

Avez-vous eu ou avez-vous actuellement un animal de compagnie ?.....

Religion : Praticant ou non ?.....

Si vous avez d'autres choses à nous communiquer, merci de l'indiquer ici :

.....
.....
.....
.....

Feuille de suivi médical

15

**A remplir impérativement
PAR LA FAMILLE**

Identité de la personne :

Médecin traitant :

Date de naissance :

Taille :

Tutelle/curatelle ?

Poids :

Suivi par spécialistes

	Identité du médecin	Dernières visites et prochains rendez-vous
OPHTALMOLOGIE		
ORL		
GYNECOLOGIE		
ORTHOPEDIE		
UROLOGIE-NEPHROLOGIE		
VASCULAIRE		
VISCERALE DIGESTIF		
CARDIOLOGIE		
PNEUMOLOGIE		
ONCOLOGIE		
NEUROLOGIE		
DIABETOLOGIE		
PSYCHIATRIE		
KINESITHERAPIE		
ERGOTHERAPEUTE		
PSYCHOLOGUE		
IDE LIBERALE		

Allergies connues ?.....

Le résident a-t'il le mal des transports ?

OUI

NON

Si oui, prend-il un traitement au préalable ?

OUI

NON

Conduite à tenir en cas de décès :

Personne à prévenir en priorité :

Jour et nuit :

OUI

NON

FUNERARIUM :

**Nom :****Prénom :****Secteur :****Régime particulier :****Sans sucre****Sans sel****Sans résidus****Allergies alimentaires :****Boisson :****Alcool :****Alimentation :****Normale****Hachée****Mixée****Aliments que la personne n'aime pas :**

Viande	Légumes

Le résident est-il :**En fauteuil roulant ?****Mange seul ?****Aime dialoguer ou plutôt réservé ?****Connait-il d'autres résidents ?****Présente des troubles visuels ?****Nécessite des couverts adaptés ?**

FICHE SUIVI BUCCO DENTAIRE

ETAT DENTAIRE

- Normal
- Dégradé

PREPARATION DE LA NOURRITURE

- Normale
- Hachage au couteau
- Hachage fin
- Mixée
- Liquide

CAPACITE MASTICATOIRE

- Normale (- de 3 dents absentes non remplacées)
- Altérée (- de 9 dents absentes non remplacés)
- Difficile (+ de 9 dents absentes non remplacés)

BESOIN DE SOINS

- Détartrage
- Soins
- Soins prothèses
- Extraction(s)

BROSSAGE DE DENTS

- Personne autonome
- Par le soignant
- Besoin d'Aide

ENTRETIEN DES PROTHESES

- Personne autonome
- Par le soignant
- Besoin d'Aide

PATES POUR FIXER LA PROTHESE

- Oui
- Non

UTILISATION SOINS DE BOUCHE

- Oui
- Non

BILAN A PREVOIR

- 3 Mois
- 6 Mois
- 9 Mois
- 1 An

NOM DU DENTISTE QUI SUIV LE PATIENT :



18

Nom :

Prénom :

Secteur :

La personne a-t-elle des rituels d'endormissement (tisane, lecture, télévision...)?

Son sommeil est-il perturbé ?

La personne a-t-elle des somnifères ?

La personne est-elle diabétique ?

Si oui

insu lino dépendant

non insu lino dépendant

La personne est-elle sous anticoagulant ?

Personne continente ou incontinente :

- Si continence : Se lève la nuit ? Seule ou pas ? Chaise garde-robe, urinal, bassin ?

- Si incontinence ? Change complet ou Anaforme ?

20 rue de la jouanne
56580 CREDIN

Les entrées se font entre 14 h et 15 h impérativement.

Pour l'hébergement temporaire les sorties se font à 10H.

Il est impératif de fournir à l'entrée du résident son traitement en cours avec la prescription, sa carte vitale, son attestation d'assuré sociale et sa carte de mutuelle.

Il faut prévoir **suffisamment de linge**, au moins 6 exemplaires de chaque (pantalon, ou jogging, robe, gilet, pull, linge de corps, chaussettes, bas, collants, pyjama, chemise de nuit, robe de chambre ...). Ne pas oublier non plus les chaussures et chaussons. **Le linge sera évidemment à renouveler en cas de besoin. Le linge délicat (lainage, rovyll...) est à proscrire.** L'établissement déclinera toute responsabilité en cas de problème de rétrécissement, de feutrage intempestif. L'usure normale du linge ne sera en aucun cas imputable à l'établissement.

Le linge est marqué par le personnel de lingerie de l'établissement.

Pour les Messieurs, il ne faut pas oublier d'apporter leur rasoir également.

Pour les personnes qui possèdent une canne, un fauteuil roulant, un déambulateur.... **Il doit être impérativement marqué au nom de la personne.**

Il vous faut également fournir les produits de toilette et d'hygiène, pour l'hébergement temporaire. Pour l'hébergement permanent il est possible que l'établissement fournisse les produits contre une cotisation annuelle de 40€.

.....

Nous vous assurons d'un accompagnement de votre parent jusqu'au dernier jour. A cet effet, afin de le réaliser dans les meilleures conditions, il serait souhaitable de veiller à la préparation des vêtements appropriés et de nous signaler si un contrat obsèques a été réalisé.

LES TARIFS JOURNALIERS 2025

TARIF 77.50 €

TARIF DEPENDANCE 7.50 €

85.00 €/JOUR en hébergement permanent

Le paiement des frais de séjour se fait par avance et non à terme échu (délibération du Conseil d'Administration), l'absentéisme sera défalqué le mois suivant.

Tarifs en hébergement temporaire :

85.69 € + 7.50 € = 93.19 € / Jour

Tarif – de 60 ans

101.76 € / Jour

(A savoir : En hébergement temporaire si besoin de soins de kinésithérapie, le résident ou sa famille doit trouver un kiné qui fera les soins pendant la période d'hébergement à l'EHPAD).

MERCI DE PRENDRE RENDEZ-VOUS, POUR LE DEPOT DU DOSSIER (02.97.51.51.89).



EHPAD « Ty Mem Bro »
20 rue de la jouanne
56580 CREDIN

Documents à fournir. Merci.

- 1 photocopie du livret de famille,
 - 1 photocopie de la carte d'identité valide,
 - 1 extrait d'acte de naissance,
 - 1 attestation d'assuré social valide, (pas la photocopie de la carte vitale)
 - 1 photocopie de la carte de mutuelle valide, 2025
 - 1 attestation d'assurance responsabilité civile valide, 2025
 - 1 photocopie de l'avis d'imposition ou de non-imposition 2023-2024
 - 1 photocopie des titres de pension 2023
 - 1 photocopie de l'ordonnance de la mesure de protection (si mesure mise en place),
 - 1 R.I.B,
 - 1 Photo récente,
 - Le certificat médical joint rempli,
 - + LE CERTIFICAT COVID NUMERIQUE UE si vous êtes vaccinés.
- Avec nos remerciements.



CAUTION 2025 HEBERGEMENT PERMANENT

Vu l'article R314-149 modifié par le décret par le décret N°2016-1815 du 21 Décembre 2016 autorisant la mise en place de caution

Le versement d'un dépôt de garantie équivalent à un mois de 30 jours de frais de séjour sera donc demandé à l'entrée.

La caution sera restituée à la personne hébergée ou à son représentant légal, dans les 60 jours qui suivent sa sortie (déduction faite de l'éventuelle créance de ce dernier et/ou de détérioration observée).

Pour 2025 : 77.50 x 30 Jours = 2325.00 €